

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911 — N° 113

DES
FISTULES OMBILICALES
consécutives aux
CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES

—••••—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André BOUILLOUX

Né à Pont-de-Vaux (Ain), le 14 novembre 1885

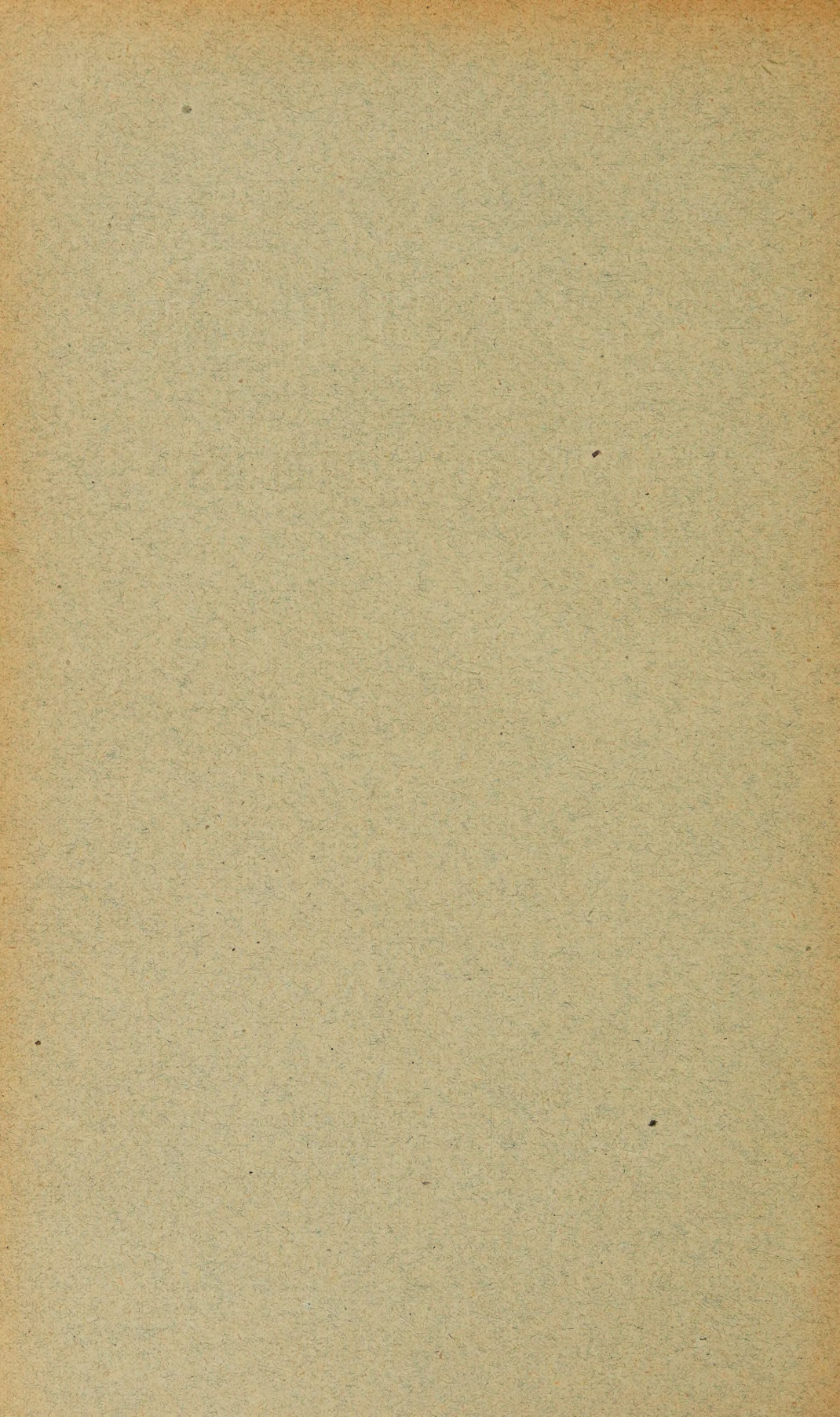


A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911



DES FISTULES OMBILICALES
consécutives aux
CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 113

DES
FISTULES OMBILICALES
consécutives aux
CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André BOUILLOUX

Né à Pont-de-Vaux (Ain), le 14 novembre 1885



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.)
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	X...
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MORFAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM	MM	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	LATARJET,	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN,	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (EL.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, *Président* ; M. ROCHET, *Assesseur* ;

MM. PATEL et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MON FRÈRE

A MONSIEUR ET MADAME MARIUS BOUILLOUX

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

Je dédie ce modeste travail en
témoignage de mon affection et de
ma profonde reconnaissance.

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Qui nous a donné le sujet de
ce travail.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer ce travail, de remercier M. le professeur Rollet, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et M. le professeur Patel, qui nous en a fourni le sujet et nous a aidé très aimablement de ses conseils.

Nous voulons ensuite exprimer notre profonde reconnaissance pour tous nos maîtres qui, soit dans les hôpitaux, soit à la Faculté, nous ont fait bénéficier chaque jour de leur expérience et de leur savoir, et en particulier pour MM. Villard, Tixier, chirurgiens des hôpitaux, et pour MM. Leclerc, Lyonnet, Mouisset, médecins des hôpitaux.

Nos remerciements bien vifs vont aussi à MM. Philip, Perrimond et Lebasteur, médecins de l'hôpital de Grasse, pour la bonté qu'ils nous témoignèrent pendant tout notre séjour auprès d'eux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION ET DIVISION

Une étude d'ensemble des fistules cholécysto-cutanées survenant au cours de la lithiase biliaire comprendrait deux ordres de fait.

D'abord l'étude des fistules post-opératoires, puis celle des fistules spontanées.

Les premières — c'est-à-dire les fistules qui surviennent à la suite des interventions pratiquées sur les voies biliaires — étaient extrêmement fréquentes au début de la chirurgie biliaire. Elles étaient même la règle après les cholécystostomies — et aucun chirurgien n'osait entreprendre cette opération sans prévenir le malade de la possibilité, de la probabilité même de cette complication. Cette fréquence était due surtout soit à une exploration incomplète des voies biliaires, laissant des obstacles au cours de la bile, soit à de mauvais procédés de fixation de la vésicule à la paroi — et aussi à la large part attribuée à la cholécystostomie dans le traitement de la lithiase vésiculaire — au détriment de la cholécystectomie.

Mais actuellement, cette complication est devenue extrêmement rare. Aussi, laisserons-nous de côté, dès maintenant, ces fistules post-opératoires, pour ne nous occuper que des fistules cholécysto-cutanées spontanées.

Celles-ci ont suivi — par suite de l'incessant progrès

de la chirurgie des voies biliaires — une évolution similaire au point de vue du degré de fréquence. En effet, si l'on consulte les auteurs, on voit que l'ouverture pariétale des cholécystites, suivies de fistulisation, survenant spontanément au cours de la lithiasie biliaire n'était pas autrefois une rareté. Un nombre considérable de cas ont été collectionnés et publiés. Fauconneau-Dufresne, dès 1851, recueille 26 observations de fistules biliaires, et c'est à lui que revient le mérite d'en avoir le premier donné la description et expliqué le mécanisme de production. Viennent ensuite Murchisson avec 86 cas, Barth et Besnier avec 30 cas, Chaudron, en 1878, avec 30 cas. Courvoisier, en 1890, avec 196 cas. Et l'on pourrait encore ajouter à celles-ci de nombreuses observations.

Mais, depuis quelques années, ces faits sont devenus moins fréquents. Cela tient à ce que la chirurgie est maintenant plus interventionniste dans la lithiasie biliaire. On n'attend pas l'ouverture spontanée à la paroi d'une cholécystite suppurée, ni surtout d'un phlegmon biliaire. Pourtant, certains cas évoluant d'une façon plus silencieuse, surprennent parfois le chirurgien qui se trouve en présence du fait accompli, de la fistule ouverte.

Ce sont ces cas surtout qui nous intéressent et que nous étudierons dans ce travail. Et nous y apporterons une observation nouvelle qui nous fut communiquée par M. le professeur agrégé Patel, et dont le grand intérêt réside surtout dans la localisation ombilicale de la fistule, dans le mode de traitement et dans l'intervention chirurgicale qui amena la guérison.

Mais avant d'aller plus loin, il y a lieu de poser exactement dans ses limites le sujet de ce travail. Nous nous y proposons de faire voir la fréquence des fistules cholécysto-cutanées allant s'ouvrir à l'anneau ombilical, de montrer quelles sont les causes de cette localisation spéciale et quelle particularité celle-ci apportera dans le tableau clinique et dans le traitement chirurgical.

Nous ne parlerons pas des fistules dites biliaires, c'est-à-dire de celles qui se manifestent par un écoulement considérable de bile pure et dont la cause réside dans une obstruction des voies principales, du cholédoque en particulier ; car il est difficile que ce genre de fistule puisse avoir lieu à l'ombilic, la vésicule présentant ordinairement, dans ces cas-là, une rétraction scléreuse qui lui l'a fait s'éloigner de l'anneau ombilical. Il ne sera seulement question que des fistules muqueuses, mucopurulentes et purulentes, qui sont dues à une oblitération plus ou moins complète du canal cystique.

Dans un premier chapitre, nous décrirons d'une façon générale le processus infectieux producteur des fistules cholécysto-cutanées. Puis, serrant de près notre sujet, nous montrerons le degré de fréquence et les causes anatomiques et anatomo-pathologiques qui président à l'ouverture ombilicale de ces fistules. Le tableau clinique, le diagnostic différentiel seront exposés dans leurs grandes lignes. Puis nous terminerons en décrivant une modification apportée au traitement chirurgical habituel des fistules d'origine vésiculaire.

Des fistules cholécysto-cutanées en général. Leur mécanisme de production.

Avant d'étudier le mode de production des fistules cholécysto-cutanées au cours de la lithiase biliaire, il faut bien mettre en évidence que cette complication est le résultat d'une infection. Celle-ci est en effet de règle dans la lithiase, et la chose est bien compréhensible, si l'on songe que les voies biliaires, ouvertes dans le milieu duodénal très septique, sont par ailleurs normalement habitées par une flore microbienne très riche, bien connue aujourd'hui, coli-bacilles surtout et nombreux microbes, les uns anaérobies, les autres aérobies. Les travaux de Létienne, de Mignot, de Gilbert et Fournier ne laissent aucun doute à cet égard. On a même pu diviser à ce point de vue l'arbre biliaire en cinq zones d'autant plus riches, que l'on s'approche davantage du milieu intestinal.

A l'état ordinaire ce microbisme reste latent, surtout parce que le flux biliaire régulier produit une chasse véritable qui s'oppose à l'envahissement profond des voies biliaires. Mais que ces conditions disparaissent, qu'un calcul réalise une obstruction mécanique, la flore microbienne exaltera sa virulence dans ce milieu favorable qui est, pour elle, la cavité close, la stagnation de la bile, venant d'ailleurs faciliter cette prolifération microbienne.

Ces mêmes théories, à l'heure actuelle vraiment classiques et démontrées, expliquent la fréquence plus grande des accidents infectieux au niveau de la vésicule

biliaire. La situation anatomique de celle-ci, la position souvent déclive de son fond, ce fait qu'elle est soustraite au courant biliaire, nous expliquent la production fréquente de calculs à son niveau, lesquels réalisant une occlusion plus grande renforceront encore les phénomènes d'inflammation.

Le processus infectieux a donc comme point de départ l'intérieur de la vésicule—produisant des modifications bactériologiques et chimiques de la bile, boue biliaire et concrétions ; puis il se continuera dans les parois du cholécyste, amenant les différentes formes de la cholécystite calculeuse. Plus tard la séreuse voisine sera prise à son tour, et c'est à l'intérieur du plastron de péri-hépatite et de péri-cholécystite qu'apparaîtra et se constituera le trajet fistuleux.

Nous étudierons successivement les différents stades de ce processus infectieux dont le début est l'inflammation de la vésicule et l'aboutissant la fistule cholécystocutanée.

1° *Stade de cholécystite.* — La vésicule, même présentant dans son intérieur des calculs, peut rester plus ou moins longtemps saine dans sa paroi et sa muqueuse. Mais à la longue, sous l'influence de poussées infectieuses successives et répétées, il se produit des modifications pathologiques : c'est d'abord un simple catarrhe de la vésicule, forme la plus atténuée de l'infection vésiculaire ; la muqueuse est rouge, tomenteuse ; une vascularisation excessive des parois apparaît ; puis l'infection continuant, un processus scléreux envahit peu à peu les parois qui s'épaississent, durcissent, perdent leur rétractilité ; la vésicule est transformée en une poche

épaisse, rigide, friable où stagne une bile altérée, mêlée à des déchets épithéliaux, du mucus, des calculs. Il peut se former dans la grande cavité des poches de formation secondaire, des diverticules qui logent des calculs et de la boue biliaire. Dans ce cas le volume de la vésicule est augmenté d'une façon assez considérable.

Mais, dans d'autres cas où le processus lithiasique est ancien, la vésicule se ratatine, ses parois scléreuses se rétractent sur les calculs, les enserrant étroitement. S'il n'existe plus de calculs qui ont pu être expulsés auparavant, l'atrophie des parois devient considérable telle, que les dimensions vésiculaires sont parfois d'une noisette, d'un pois même. Ce processus atrophique est très fréquent ; il donne lieu à l'établissement en clinique de la loi de Courvoisier et Terrier.

A côté de ces formes de cholécystite scléreuse hypertrophiante ou atrophique existent les formes suppuratives qui ordinairement se combinent avec les premières. Il s'agit alors d'un empyème de la vésicule, évoluant tantôt rapidement avec des symptômes généraux et locaux d'infection aiguë, tantôt lentement, sans grand retentissement sur l'état général et sans forte réaction fébrile.

Si le canal cystique est oblitéré, soit par un calcul, soit par un rétrécissement cicatriciel, soit encore par une simple coudure ou une compression, la vésicule augmente de volume et de consistance, devient un véritable abcès avec des parois très amincies dans certains cas, ou au contraire épaissies notablement.

Quand il se trouve du pus dans la vésicule, il n'est pas rare d'en trouver aussi dans l'intérieur même des

parois : ce sont de petits abcès miliaires et de petits foyers hémorragiques, qui sont, soit sous-muqueux, soit intra-muscleux, soit même sous-séreux. Parfois ils s'ouvrent à l'intérieur par une ulcération interne, souvent ils déversent du côté de la séreuse leur contenu septique. Et c'est là un des faits expliquant la propagation vésiculaire au péritoine voisin.

b) *Stade de péri-cholécystite*. — La péri-cholécystite est due à l'extension du processus d'inflammation chronique de la vésicule à tous les organes voisins, d'où développement d'une péritonite plastique ou d'une péritonite suppurée enkystée : donc il y a lieu d'étudier deux formes de péri-cholécystite, l'une scléreuse, l'autre suppurée; mais celle-ci est toujours consécutive à celle-là. Dans les cas où, par suite de la perforation d'une vésicule distendue par un empyème aigu, le liquide septique épanché ne trouve pas des adhérences protectrices qui le retiendront dans les mailles de ce tissu néoformé, on assistera à la rapide et fatale évolution d'une péritonite généralisée suraiguë.

Dans toutes les formes de cholécystites : cholécystite catarrhale ou hydropisie vésiculaire, cholécystite scléreuse avec atrophie, cholécystite scléreuse hypertrophique, cholécystite suppurée ou empyème, on peut voir naître de la péri-cholécystite plastique qui n'est due qu'à la diffusion au dehors du processus scléreux qui a envahi les parois de la vésicule. Consécutivement, des adhérences s'organisent, plus ou moins épaisses, durcissant peu à peu, tendues en lames, en véritables ligaments. Elles évoluent lentement, progressivement, arrivant à constituer dans certains cas comme une gan-

gue fibreuse où sont plongés tous les organes en rapport avec la face inférieure du foie. Elles unissent tout entre elles, dans un tissu néoformé, qui d'un côté trop proliférant comprime des viscères voisins ; d'autre côté subissant un processus de rétraction enserre et rétrécit les canaux qu'elles environnent. C'est ainsi que la vésicule noyée dans la gangue peut prendre des formes anormales, entre autres celle de sablier comme cela a été observé par Courvoisier ; le cystique peut être complètement oblitéré par coudure ou par compression ; le pylore, le duodénum peuvent être étranglés par une bride.

Ces adhérences donnent donc lieu parfois aux plus graves complications ; elles égarent fréquemment le diagnostic. Et au point de vue opératoire elles peuvent occasionner les plus grandes difficultés, ainsi qu'on le verra dans le cours de l'observation de MM. Patel et Cotte.

Mais à l'inflammation chronique péri-vésiculaire et péri-hépatique qui cause ces adhérences, vient s'ajouter dans le plus grand nombre de cas un ou plusieurs foyers de péritonite suppurée enkystée.

Cette complication a lieu ordinairement sous l'influence d'une perforation large ou au contraire extrêmement étroite et introuvable de la vésicule, qui déverse autour d'elle sa contenance septique. Pourtant des foyers purulents peuvent exister au sein d'une péricholécystite scléreuse sans ouverture de la vésicule.

Ces perforations vésiculaires peuvent avoir lieu en un siège très variable, soit le plus souvent au sommet, soit sur la face inférieure. Dans certains cas c'est le cystique qui, très dilaté, se rompt.

Le mécanisme de ces perforations est assez complexe. Tantôt, dans des formes aiguës, le réservoir de la bile distendu démesurément présente une paroi très amincie, au point qu'il semble que celle-ci est réduite à une séreuse (Schüppel), finit par éclater, laissant couler autour de lui, soit un liquide clair, presque incolore dans les cas d'hydropisie, soit un liquide purulent dans les cas d'empyème.

Tantôt dans les cas que nous avons signalés plus haut, où la paroi vésiculaire contient des abcès miliaires, quelques-uns de ces abcès s'ouvrent les uns en dedans, les autres en dehors, amenant une libre communication entre la cavité de la vésicule et le péritoine voisin.

Dans d'autres cas enfin, la vésicule atrophiée enserre étroitement les calculs; ceux-ci par leur pression mécanique provoquent des ulcérations, et, la diminution de la nutrition de la paroi aidant, la perforation finit par se faire.

La perforation vésiculaire une fois effectuée, l'inoculation à la séreuse a lieu. Elle peut se faire suivant de nombreuses formes. Ce sont ordinairement des foyers purulents situés autour de la vésicule et de la face inférieure du foie, communiquant avec la cavité vésiculaire et constituant ainsi ce que Longuet a appelé des paracholécystistes. Les abcès peuvent aussi n'avoir aucune communication avec aucun organe, être enfouis au sein des néomembranes, formant de véritables nappes purulentes isolées et bien closes.

Ces abcès peuvent rester très longtemps dans cet état d'enkystement, mais il arrivera un jour où le pus se tracera un chemin au travers des strates de péritonite

plastique, grâce à une inoculation progressive, et aboutira soit à une migration anormale dans les viscères voisins, soit à une issue à la paroi abdominale. Ces derniers cas vont nous occuper.

c) *Mécanisme de production de la fistule.* — La fistule cholécysto-cutanée s'établit suivant deux modes, donnant deux explications anatomo-pathologiques différentes et répondant à deux tableaux cliniques bien distincts :

1° Après abcès ;

2° Sans abcès apparent.

1° *Après abcès.* — Ici il y a primitivement la perforation d'une vésicule pleine de pus, entourée d'un magma d'adhérences qui reçoit ce contenu dans ses mailles. Cette masse purulente gagne vers l'extérieur, se confond avec les foyers de suppuration qui pouvaient exister déjà. Il se produit alors tous les signes du phlegmon biliaire ; une tuméfaction apparaît au niveau de l'hypocondre droit, qui augmente peu à peu ; une fluctuation se fait voir. Le phlegmon s'ouvre alors spontanément, soit sous le rebord des fausses côtes, à droite, soit en des points très éloignés, très fréquemment au niveau de l'ombilic.

Ordinairement, un chirurgien prévient cette ouverture spontanée en incisant la paroi, provoquant l'évacuation de pus, mêlé ou non de bile, avec ou sans concrétions.

Dans ces cas, le plus souvent on est en présence de deux poches : l'une, profonde, constituée par la vésicule profonde ; l'autre, superficielle, véritable phlegmon sous-cutané. Ces deux poches sont réunies entre elles

par un trajet plus ou moins long, tortueux, cheminant au milieu de la gangue fibreuse péri-cholécystique.

2° *Sans abcès apparent.* — Ici, la fistulisation s'installe d'une façon plus sournoise. Elle n'est pas prévue et prévenue par les symptômes de suppuration.

Entre les strates de péritonite plastique, peu à peu de petits abcès biliaires se sont formés, d'abord indépendants les uns des autres, puis arrivant par leur multiplicité et leur rapprochement à communiquer entre eux. Ils se vident alors les uns dans les autres et arrivent ainsi à communiquer avec la paroi vésiculaire ulcérée et perforée. Il s'établit ainsi une sorte de fistule borgne interne, en tous points comparable à la même variété de fistule anale.

Ces suppurations minimales s'achèment ensuite vers la paroi abdominale, ne provoquant pas, par le fait de leur peu d'importance, de réaction locale.

Un jour la peau rougit et se soulève en un point très restreint; une légère élevation apparaît qui s'ouvre d'un pertuis. Une gouttelette apparaît. La fistule est constituée.

Ces deux modes de production de ces fistules, après abcès, et sans abcès apparents, si différents qu'ils soient au point de vue symptomatologique, comme on le verra ultérieurement, ont une grande identité de nature, en tant qu'anatomie pathologique et que pathogénie. Il n'y a entre elles qu'une différence de degrés dans l'intensité de la suppuration.

DES FISTULES OMBILICALES

Maintenant que nous avons étudié le mécanisme général de production des fistules cholécysto-cutanées, il y a lieu d'aborder la question de la localisation spéciale à l'ombilic de ces fistules. Montrer le degré de fréquence relative de cette localisation, en indiquer les causes anatomiques et anatomo-pathologiques, en donner les caractères spéciaux, tel est le but que nous nous proposons en ce chapitre.

Degrés de fréquence. — Les fistules d'origine vésiculaire s'ouvrant à l'ombilic sont relativement très fréquentes. Si l'on consulte les auteurs à ce sujet, on voit qu'elles comprennent environ un quart du total de toutes les fistules cutanées. C'est d'ailleurs ce qui ressort du tableau statistique qu'a tracé Schwartz, à ce propos, dans son traité de la chirurgie du foie. « Le siège de la fistule a été noté :

Hypocondre droit.....	49	} 85 fois.
Rebord costal droit.....	36	
Voisinage de l'ombilic.....	26	} 49 »
Ombilic.....	12	
Au-dessus de l'ombilic.....	41	
Mésogastre droit.....	17	} 27 »
Région iliaque droite.....	40	
Epigastre.....	6	»
Dans la région inguinale gauche.....	1	»
Multiples.....	1	»

Donc, sur 169 cas, la fistule s'ouvre à l'ombilic ou dans une région très voisine de l'ombilic 49 fois, c'est-à-dire un peu moins du tiers du total des cas.

Situation anatomique de la vésicule. — On sait que la vésicule biliaire est située à la face inférieure du foie, entre le lobe droit et le lobe carré, qu'elle occupe une dépression large et peu profonde, la fossette cystique, à laquelle elle est rattachée et fixée par le péritoine.

C'est le fond de la vésicule que nous étudierons plus spécialement au point de vue anatomique, parce que les rapports de cette portion vésiculaire et ses déplacements présentent le plus grand intérêt chirurgical. Les auteurs, en effet, ont longuement recherché quelle est la projection habituelle de ce fond sur la paroi abdominale antérieure, et ils sont arrivés à des résultats assez discordants.

« Pour Richet, le fond affleure le bord externe du muscle droit, immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux de la neuvième côte et du bord antérieur de la dixième. Sappey prétend que le fond de la vésicule correspond à la partie moyenne du rebord des fausses côtes droites, derrière lequel il se trouve situé, dans la position horizontale, et qu'il tend au contraire à déborder dans l'attitude verticale ou assise. Paulet donne exactement le même avis. Calot fit des recherches plus minutieuses; il étudia la position du fond vésiculaire sur un ensemble de quarante cadavres, sujets adultes dont le foie lui avait paru normal. Il planta des aiguilles verticalement le long du rebord costal de la huitième côte à l'extrémité antérieure de la onzième. De ces obser-

ventions, il concluait que dans la très grande majorité des cas (37 fois sur 40) le fond de la vésicule correspond à l'extrémité de la dixième côte, facile à sentir du reste à cause de son attache à la neuvième par un petit ligament qui lui laisse une certaine mobilité. Ce point de repère, utilisé du côté gauche par Labbé pour la gastrostomie, pourrait donc être utilisé du côté droit pour la cholécystostomie. » (Thèse de Raynal.)

Vient enfin M. Siraud (*Lyon médical*, 1896), qui indique comme point habituel de projection : un centimètre et demi environ en dehors du bord externe du grand droit, à cinq ou six centimètres de la ligne médiane.

Comme on le voit, les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs sont assez discordantes. Il nous semble que la raison en vient de ce que l'on n'a pas assez tenu compte, d'abord de la faiblesse et de la laxité des moyens de suspension du fond vésiculaire, ensuite des déplacements et des variations de volume du foie.

La vésicule biliaire, en effet, présente une grande mobilité, même à l'état normal. C'est par l'étude de ses moyens de fixité que nous en rendrons compte et nous éclairerons par là le mécanisme qui agira pour faire tendre et adhérer même à l'ombilic le fond vésiculaire.

On sait que le péritoine qui revêt la face inférieure du foie passe, à la manière d'un pont, d'un bord de la fossette cystique à l'autre et soutient le cholécyste en tapissant sa face inférieure. Cette disposition anatomique est la plus fréquente, c'est pourquoi on la considère comme normale. Mais les rapports de la face supérieure de la vésicule et du fond de la fossette cystique, c'est-à-dire leur accollement réciproque, peuvent

devenir moins nets; sous l'influence de la pesanteur, et par suite de l'élasticité de la séreuse péritonéale, la vésicule descend et le péritoine finit par la recouvrir sur toutes ses faces, formant ainsi un véritable méso. Tous les degrés de cette disposition peuvent s'observer. La longueur du pédicule attachant la vésicule au foie peut parfois être d'une longueur considérable. Dans ces cas le cholécyste, flottant librement dans la cavité abdominale, peut effectuer des déplacements considérables qui ne peuvent être considérés comme pathologiques dans bien des cas, car ils ne s'accompagnent d'aucune variation dans la contexture et dans le fonctionnement des voies biliaires et d'aucun trouble subjectif. Quelquefois ils réservent des surprises au chirurgien, à propos d'affections intercurrentes. C'est ainsi que le fond vésiculaire fut rencontré dans une hernie épigastrique.

Tels peuvent être les déplacements de la vésicule normale par suite de la laxité de ses ligaments. Mais lorsque la vésicule présente une grande dilatation, due le plus souvent à une oblitération calculeuse du cystique, elle peut effectuer des déplacements encore plus considérables. On peut dire qu'on l'a trouvée en n'importe quel point de l'abdomen. Et comme son état pathologique donne lieu à des symptômes douloureux qui conduisent le malade au médecin, toutes les erreurs de diagnostic sont possibles. Le fond vésiculaire peut être confondu à la palpation avec une tumeur d'un autre viscère, par exemple avec un néoplasme du gros intestin, ou avec un organe voisin déplacé (rein flottant). Ce qui peut faire reconnaître le fond cholécystique déplacé, c'est qu'il reste toujours accolé immédiatement à la paroi

abdominale antérieure, qu'il est perceptible à la palpation superficielle et non profonde. Cela tient à la fixité assez considérable de la partie postérieure et du canal cystique, qui fait que les déplacements ont lieu surtout de droite à gauche et de haut en bas, plutôt que d'arrière en avant.

Il faut ajouter à ces causes l'effet incontestable, comme tracteur du fond vésiculaire en bas et à gauche, du ligament cystico-duodéno-épiploïque. Ce ligament, dont l'existence fut longtemps contestée, ou qui fut considéré comme une bride pathologique, fut décrit par Ancel et Sencert (*Journal d'Anatomie* 1903). Il unit, comme son nom l'indique, le fond vésiculaire au duodénum et au grand épiploon. On conçoit sans peine que par suite de l'infection, un processus de sclérose rétractile peut l'envahir et que, de ce fait, la vésicule tirillée ainsi, puisse — mal retenue en haut, comme on vient de le voir — s'acheminer obliquement en bas et vers le centre abdominal.

Dans l'étude des déplacements de la vésicule, il faut tenir compte d'un grand facteur, c'est-à-dire de l'état de volume et de déformation du foie. Lorsque la déformation portera sur les dimensions latérales qui seront diminuées, comme cela se voit chez les femmes à la suite du port d'un corset trop serré, la vésicule sera abaissée, et l'on pourra la sentir à la palpation, parfois au niveau de la fosse iliaque droite. Dans l'atrophie du foie, la vésicule sera déviée à droite. Dans l'hypertrophie au contraire, son fond ira dans la direction de la ligne médiane, tout en subissant un mouvement d'abaissement. Dans ce cas, il se rapprochera de l'ombilic.

Donc la vésicule, même normale, peut subir les plus grands déplacements, non seulement par suite des modifications de volume et de forme du foie, mais encore par suite de la faiblesse et de la laxité de ses moyens de fixité. Elle se dirigera de préférence vers le point central de l'abdomen, c'est-à-dire vers l'ombilic dans les cas d'hypertrophie du foie et de dilatation pathologique de sa cavité.

Tantôt elle viendra directement en contact avec le péritoine de la région ombilicale et son fond adhérera à celui-ci. Tantôt elle n'effectuera qu'une partie du chemin la conduisant à l'ombilic et le reste sera fait par un trajet fistuleux plus ou moins long.

Quelle voie suivra ce trajet?

Chaudron, dans sa thèse de Paris sur les fistules biliaires externes (1878), soutient que dans le plus grand nombre des cas, le trajet fistuleux suit la grande faux du péritoine, et c'est ainsi qu'il vient se faire jour au niveau de l'ombilic. « Richet, dit-il, a observé le fait pour des abcès du foie. Il est donc rationnel de penser que dans ces cas de fistules le mécanisme a été le même ». Cette hypothèse est très vraisemblable.

Dans d'autres circonstances, la vésicule étant venue par son fond adhérer au péritoine pariétal de la région ombilicale, l'ouverture de la vésicule peut se faire à l'ombilic lui-même. C'est le cas le plus simple. Le pus traverse alors à la même hauteur et au même point toutes les couches de la paroi abdominale. Il n'a pas de peine, car la paroi n'est constituée à ce niveau que par le tissu cellulaire sous-péritonéal et le fascia ombilicalis.

Si l'ouverture vésiculaire se fait en dehors de l'ombi-

lic, le pus ou la bile l'écarteront et dissocieront les différents plans de la paroi abdominale (aponévroses, muscles, tissu cellulaire et peau), se traçant un chemin oblique qui aboutira à l'anneau. Certains auteurs ont prétendu que dans ces cas le pus suivait le canal ombilical de Richet. Rien ne s'y oppose; pourtant ces faits sont exceptionnels.

CARACTÈRES DE LA FISTULE OMBILICALE

L'aspect de l'orifice externe du trajet fistuleux est assez variable suivant les cas. Quelquefois l'orifice offre des dimensions assez considérables, surtout dans les cas d'abouchement presque direct de la vésicule. Ce serait celles d'une plume d'oie ou d'une sonde de femme. Dans quelques cas rapportés on pouvait passer le doigt à travers l'orifice.

Mais le plus souvent celui-ci est à peine visible et ne devient apparent que lorsqu'une gouttelette de liquide vient à sourdre, soit spontanément, soit sous l'influence d'une pression sur le foie.

Dans la zone péri-fistulaire la peau gardera des caractères normaux, rarement irritée par les liquides excrétés.

ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue anatomique, l'existence nécessaire de péri-cholécystite est bien la caractéristique de la fistule spontanée. Au point de vue clinique, il n'y a donc rien d'étonnant à voir cette fistule se produire uniquement chez de vieux lithiasiques et, partant, le plus souvent, chez des malades âgés. Ce sera donc chez de vieux calculeux dont la vésicule sera plus ou moins malade et dont les parois seront le plus souvent épaissies et friables que se fera la perforation. Aussi, est-il de règle de relever dans l'interrogatoire des accidents lithiasiques antérieurs.

Parmi ces accidents, ceux qui attirent le plus souvent l'attention du patient et qu'il rapporte le plus volontiers au chirurgien, ce sont ordinairement des crises antérieures de coliques hépatiques. Mais dans l'intervalle des ces accidents douloureux, se manifesteront le plus souvent des signes de l'infection chronique des voies biliaires, de la péri-cholécystite, sensation de lourdeur au niveau de l'hypocondre droit, parfois phénomènes inflammatoires, fièvre, ou ictère léger, témoignages tantôt d'une poussée péritonéale, tantôt d'un état infectieux du reste de l'arbre biliaire.

En somme, on relève dans les antécédents du malade,

avant la formation de la fistule proprement dite, une période, toujours de longue durée, quoique plus ou moins nette, correspondant à l'évolution de l'affection causale et qu'on pourrait appeler : période prémonitoire. Il y a là un fait tout à fait analogue à celui qui précède la formation d'une fistule gastrique ombilicale, précédée elle aussi des signes plus ou moins accusés d'un néoplasme ou d'un ulcère en évolution.

A défaut de cette symptomatologie douloureuse ou fébrile, attirant immédiatement l'attention sur le foie ou la vésicule, on peut relever des troubles digestifs consistant en crises gastralgiques, douleurs vagues dans l'abdomen, alternatives de diarrhée et de constipation. Les auteurs signalent aussi la fréquence assez grande de maladies infectieuses et surtout de fièvre typhoïde dans les antécédents du malade.

Quant à la physionomie que présente l'accident de suppuration dont la fistule est le témoignage, celui-ci peut, semble-t-il, d'après la lecture des observations rapportées, se présenter sous des formes différentes que l'on peut pourtant schématiser en deux types cliniques opposés. Il va sans dire que c'est là distinction un peu schématique faite pour la nécessité de la description, et qu'entre ces deux types on peut voir évoluer des formes intermédiaires.

Dans un premier groupe de faits, la fistule a succédé à l'évolution d'un phlegmon biliaire. Le malade, lithiasique ancien, a généralement vu depuis quelque temps grossir une petite masse située au niveau de l'hypocondre droit, au voisinage de la région ombilicale. Parfois cette tumeur évolue sans douleur. Le plus souvent, il ressent

de la pesanteur de l'hypocondre droit avec tiraillement douloureux dans la région hypogastrique. L'exploration de la tumeur est souvent difficile, en raison de la douleur qu'elle provoque et de la contraction des muscles abdominaux qui en est la conséquence. Il est rare qu'on puisse percevoir à son niveau une fluctuation nette.

Bientôt la peau de l'abdomen rougit au niveau de la tumeur ; une ulcération se produit ; la fistule est constituée. La production coïncide en général avec une diminution sensible et immédiate du volume de l'abcès. Les signes fonctionnels et généraux qui accompagnent ce premier type de fistulisation biliaire peuvent varier d'intensité. Tantôt la fièvre reste peu accusée, la réaction abdominale locale peu intense, permettant la palpation de l'abcès ; l'état général semble peu atteint. Tantôt la fièvre s'allume, des vomissements apparaissent, l'intensité des réactions locales marche de pair avec les phénomènes généraux ; des signes d'angiocholite peuvent se produire, si bien que ce malade peut succomber avant la production de sa fistule, ou plus rarement après, cette fistule réalisant un drainage spontané des voies biliaires. Ces formes plus graves sont rares, du fait même de la péri-cholécystite qui isole le pus.

Mais il n'en va pas toujours ainsi, et, à côté de ces formes où l'on peut prévoir la fistulisation, c'est-à-dire en l'état actuel de la chirurgie biliaire, la prévenir, on a signalé des formes essentiellement torpides où la production de la fistule se fait de façon insidieuse, sans aucun symptôme prémonitoire. Ces formes sont évidemment pour notre étude les plus intéressantes, puisque ce sont elles qui, à l'heure actuelle et pour

l'avenir, produisent et produiront les fistules biliaires spontanées.

Il est intéressant, à ce point de vue, de signaler combien la malade de notre observation avait présenté une fistulisation silencieuse. Lithiasique depuis onze ans, elle avait eu trois mois environ, avant son entrée à l'hôpital, une crise accompagnée pendant deux jours de nausées et de vomissements. Au bout de onze jours, la disparition des douleurs lui permet de se lever et de reprendre son travail. Il ne lui restait de sa crise qu'une tuméfaction indolore au côté, tuméfaction que son médecin avait constatée et qu'elle percevait très bien elle-même. « Un mois environ après le début de sa cure, elle vit suinter au niveau de l'ombilic une légère quantité d'un liquide épais ou jaunâtre ; elle ne souffrait pas du tout. Aussi elle fit une heure à pied pour consulter son médecin. Mais, sous l'influence de la marche, la collection se mit à se vider en plus grande abondance, elle donna issue à une grande quantité de pus et de bile intimement mélangés. »

Le caractère insidieux de la fistule, l'absence de toute douleur ne sont pas propres à cette observation, mais sont également retrouvés dans l'observation III et IV de la thèse de Bordes. Il n'est pas indifférent de signaler que les formes cliniques que nous venons d'exposer sont vraisemblablement en rapport avec les formes anatomiques que nous avons reconnues aux fistules spontanées biliaires. S'agit-il d'un volumineux abcès, la physionomie clinique sera le plus souvent accusée. Si la perforation s'est faite sans poussée inflammatoire, par la fusion d'abcès minimes, on com-

prendra que, dans ce cas, la physionomie de la perforation puisse perdre beaucoup de sa netteté.

La fistule est donc constituée. Il nous reste à étudier son aspect extérieur, le liquide qui s'en échappe, les renseignements fournis par le cathétérisme, l'évolution de l'affection une fois l'ouverture cutanée effectuée.

Bien que ces fistules puissent se présenter avec un aspect extérieur assez différent, il semble que l'on puisse leur attribuer, comme caractère assez souvent constaté, celui d'être des fistules assez largement ouvertes. Cette condition en tout cas a dû, semble-t-il, devoir être réalisée toutes les fois où des calculs se sont échappés à l'extérieur.

Cette issue de calculs, dont l'importance au point de vue du diagnostic est grande, est en effet assez fréquente. Elle peut se produire, soit au début de l'apparition de la fistule, soit la fistulisation une fois faite. Parfois cette évacuation est absolument indolore; d'autres fois elle s'accompagne d'accidents qui simulent d'assez près une colique hépatique. Dans un cas cité par Langenbuch, le malade aurait éliminé 5 à 600 calculs en l'espace de neuf ans.

Malgré l'orifice souvent large de la fistule, le cathétérisme n'est pas toujours facile et l'on arrive difficilement à explorer par le stylet et la sonde un trajet souvent anfractueux et irrégulier, constitué qu'il est parfois par une série de petits abcès ouverts les uns dans les autres.

Quant au liquide qui s'écoule par l'orifice, il est le plus souvent au début soit du pus franc, soit de la bile mélangée à du pus. La fistule peut dans ce dernier cas

conserver son caractère de fistule biliaire, mais le plus souvent elle va revêtir la physionomie de la fistule muco-purulente et de la fistule muqueuse.

L'évolution peut être différente selon les cas. S'agit-il d'une fistule muqueuse, on peut voir une fistulette persister indéfiniment, réalisant ainsi une cholécystostomie spontanée. Mais aussi il peut se faire que la fistule se tarisse d'une façon parfois définitive. Ces faits signalés de guérison spontanée répondent sans doute aux cas où tous les calculs vésiculaires ont été éliminés. Ces cas, ajoutons-le, sont rares.

Pareille évolution spontanément favorable ne saurait être attendue si l'on est en présence d'une fistule muco-purulente. Le plus souvent celle-ci persistera ou si sa sécrétion se voit on verra se produire des accidents de rétention purulente : douleur locale, parfois gonflement, surtout température, frissons, troubles digestifs réflexes. Ces phénomènes cesseront au moment où la réouverture de la fistule drainera le phlegmon biliaire ainsi formé.

A la longue, la persistance d'une fistule peut entraîner des troubles de l'état général : amaigrissement, cachexie, pouvant dans certains cas faire penser à la possibilité d'un néoplasme sous-jacent. Ces cas ne se produisent guère que si l'on est en présence d'une fistule purulente et aussi d'une fistule biliaire abondante par obstacle au niveau du cholédoque empêchant toute arrivée de la bile dans le grêle et détournant celle-ci vers l'ouverture cutanée.

Une complication des fistules qui nous occupent c'est la possibilité de péritonite généralisée secondaire,

théoriquement rare, puisque la vésicule s'est défendue pour des adhérences, mais pourtant signalée. Il en était ainsi dans les observations XV et XVI de la thèse de Bricka. Ces faits répondent sans doute aux cas où les adhérences n'ont fait que limiter temporairement l'épanchement. Les liquides septiques ainsi emprisonnés imbibent rapidement les parois de leur loge néo-membraneuse. Ils pénètrent dans toutes ses anfractuosités cherchant une issue. Ils ne tardent pas à se frayer un passage au dehors; la poche se rompt; la péritonite d'abord enkystée se diffuse rapidement.

Dans d'autres cas, les malades ont pu succomber à des complications hépatiques, telle qu'hépatite pyohémique avec thrombose de la fémorale (Murchisson, *Traité des maladies du foie*, cité dans thèse de Bricka, observation LXXII), ou aussi à une sorte d'intoxication aiguë amenant la mort dans la somnolence et le coma final, telles que les observations de Spillmann (observation XVII de Bricka) et de Labbé (observation XVIII de Bricka).

DIAGNOSTIC

A l'aide de cette symptomatologie des fistules biliaires sous-cutanées, nous allons essayer d'esquisser un chapitre de diagnostic. Mais avant d'aborder le diagnostic différentiel, nous devons mettre en évidence les signes cardinaux de la symptomatologie des fistules biliaires.

Avant tout et surtout ce fait qui dominait la symptomatologie domine aussi le diagnostic, à savoir la constatation chez ces malades de crises de coliques hépatiques antérieures. Donc, en présence d'une fistule ombilicale, il faudra essentiellement fouiller le passé du malade. On recherchera chez lui, non pas seulement des crises de coliques hépatiques typiques, avec douleurs au siège classique et irradiation dans l'épaule droite, dont un ictère passager aura été ultérieurement la signature, mais on se souviendra aussi qu'il existe des formes anormales de coliques hépatiques, formes gastralgiques surtout, qui pouvaient en imposer pour une affection gastrique en évolution. A défaut de coliques hépatiques, on recherchera — bien que la valeur en soit moindre — des troubles digestifs dont nous avons parlé, alternative de diarrhée et de constipation, crises gastralgiques, douleurs abdominales constituant des formes larvées de

la colique hépatique. On essaiera de retrouver dans le passé du malade le témoignage des poussées de péri-cholécystite, de règle en pareil cas.

A côté de cette notion des antécédents qui sera rarement absente, le diagnostic se fondera aussi sur trois signes d'une réelle valeur : l'écoulement de bile, la sortie de calculs par l'orifice de la fistule, enfin sur la constatation d'une tumeur de forme particulière.

Il est évident que l'écoulement de bile par l'orifice d'une fistule sera tout à fait pathognomonique. Il faudra savoir tout simplement que cet écoulement pourra être non constaté au moment de l'examen, mais l'avoir été antérieurement, soit par le malade lui-même, soit par son médecin traitant. Les fistules primitivement biliaires peuvent en effet — nous l'avons vu — devenir uniquement purulentes, muco-purulentes ou muqueuses. Il conviendra donc, à ce sujet, de s'entourer de tous les renseignements. Il en sera de même pour les calculs, dont la constatation prouvera non seulement l'origine vésiculaire de la fistule, mais aussi sa nature lithiasique.

Il semble aussi que les caractères de la tumeur constatée peuvent entrer en ligne de compte. Il s'agira, le plus souvent, d'une tumeur obliquement dirigée de dedans en dehors et de bas en haut, remontant depuis l'ombilic jusqu'à la vésicule avec laquelle elle se confondra. Cette tumeur, généralement dure, sera située immédiatement au-dessous du foie avec lequel elle fera corps, soit à la percussion, soit à la palpation.

Peut-on trouver d'autres signes ayant une valeur réelle pour le diagnostic de l'origine vésiculaire de la fistule? Il est évident que la non-constatation de signes

physiques fonctionnels ou d'antécédents permettant d'attribuer une autre étiologie à la fistule aura une grande valeur. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir sur les éléments de diagnostic d'élimination.

L'exploration au stylet de la fistule pourrait peut-être, dans certains cas, fournir des renseignements, surtout si le stylet était arrêté dans ses recherches par un corps dur, résistant, reconnaissable pour un calcul; l'irrégularité du trajet rend malheureusement l'exploration difficile et ôte de sa valeur à ce procédé. Peut-être pourrait-on, dans certains cas, par l'examen du pus ou plus généralement du liquide écoulé, arriver bactériologiquement et chimiquement à plus de probabilité dans un diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic positif se fera donc soit par la présence des antécédents lithiasiques certains, soit par la constatation d'un écoulement biliaire ou d'une évacuation de calculs, soit par une tuméfaction se dirigeant obliquement de l'ombilic vers la région sous-hépatique. Mais il y a lieu de se rappeler la fréquence de la localisation ombilicale pour un très grand nombre d'ulcérations et de fistules de toute nature. En effet, l'ombilic, par sa situation médiane de la paroi abdominale, par sa faible résistance et son épaisseur diminuée, est un petit centre où se donnent rendez-vous les affections les plus variées. Il constitue, suivant le mot de Villar (tumeurs de l'ombilic, th. Paris, 1886) un petit État dans l'État. Il sera donc utile de passer rapidement en revue les différentes affections qui pourraient, dans certains cas, prendre le masque de celle qui nous occupe.

Nous éliminerons tout d'abord l'omphalocèle urinaire, résultat de la perméabilité de l'ouraqué et de la persistance du canal allantoidien dans le cordon ombilical, affection rare, donnant une fistule urinaire par suite du caractère congénital de cet état et de la nature du liquide qui s'écoule. Il en sera de même du granulôme de l'ombilic chez le nouveau-né, de différentes autres

espèces de tumeurs chez celui-ci, bénignes, comme les tumeurs adénoïdes, malignes, comme les sarcomes et les épithéliomes, toutes d'ordre congénital et d'origine diverticulaire.

Chez l'adulte, une fistule à l'ombilic peut, dans certains cas, provenir de l'ouverture, à l'extérieur, d'une portion quelconque de l'intestin sous l'influence le plus souvent d'une hernie étranglée ombilicale, ou encore consécutive à des lésions ulcératives. Tantôt on sera en présence d'un véritable anus contre nature, tantôt lorsqu'il y aura eu, au préalable, une stade de phlegmon péri-intestinal, on aura devant soi une fistule pyo-stercorale. L'orifice cutané sera unique ou multiple, en pomme d'arrosoir ; ordinairement irrégulier, en forme d'étoile, avec des plis de rétraction ; la peau, à son pourtour, sera rouge, épaissie, fendillée. Le liquide qui s'écoulera présentera un caractère franchement stercoral. Ce signe, joint aux anamnestiques, à la notion capitale d'une hernie préexistante, fera s'imposer le diagnostic.

Dans certains cas de phlegmons de la paroi à localisation para-ombilicale, des difficultés de diagnostic peuvent survenir. Ce seront, tout d'abord, les cas d'abcès provenant de l'infection des ganglions lymphatiques para-ombilicaux qui, parfois, présentent une allure subaiguë, une évolution assez longue, sont suivis de fistules purulentes très tenaces, évacuant des amas de sébum enchâssé dans la cicatrice ombilicale. Puis les phlegmons sus ou sous-ombilicaux qui se caractérisent par leur localisation non franchement ombilicale, leur évolution aiguë, à grand fracas, accompagnée de dou-

leurs vives, de tuméfaction énorme de la paroi, d'évacuation de pus phlegmoneux, d'odeur stercorale.

La fistule ombilicale peut être encore la manifestation tardive de péritonites généralisées ou localisées diverses natures. Citons d'abord la péritonite à pneumocoques qui, presque toujours, se termine par une ouverture spontanée à l'ombilic. La physionomie clinique est saisissante, si bien que l'erreur de diagnostic est rare. Cette affection se déclare chez l'enfant avec un maximum de fréquence vers la huitième année ; son évolution assez aiguë s'accomplit en un mois environ et son pronostic est très bénin. Ordinairement le pus se collecte dans la région sous-ombilicale en une très grande abondance. Au 20^e jour, l'ombilic rougit, se déplisse, puis se perfore, laissant s'écouler deux ou trois litres d'un pus épais, bien lié, verdâtre. Le tableau clinique, presque toujours caractéristique, son apparition dans le jeune âge, la nature du pus, feront s'imposer le diagnostic.

Il n'en sera pas de même des fistules ombilicales qui surviennent au cours de la péritonite bacillaire à forme ulcéro-caséreuse. Là les anses intestinales agglutinées les unes contre les autres, unies entre elles et avec la paroi par des adhérences peuvent s'ulcérer et s'ouvrir en une poche qui, elle-même par une fistule, s'ouvrira à l'extérieur. Il y aura là, autour de l'ombilic cette production de phlegmons pyostercoraux avec des clapiers et des diverticules profonds, c'est le phlegmon péri-ombilical de Vallin et de Hilton Fagge. Son pronostic est très grave, suivi presque toujours de mort. On fera le diagnostic par les antécédents, et la présence d'autres

localisations bacillaires, par l'aspect de la fistule, par la nature du pus grumeleux, enfin par les autres signes, gâteaux et ascites, de la péritonite tuberculeuse.

Un abcès péri-appendiculaire fistulisé à l'ombilic — le cas est assez fréquent — pourrait aussi en imposer pour une fistulisation vésiculaire. La difficulté du diagnostic est parfois grande, d'autant plus que la coexistence d'un phlegmon de la vésicule et de ces abcès a été signalée. Mais dans le cas d'appendicite, on note un début plus brusque, une tuméfaction moins nettement sous-hépatique, un pus d'une odeur spéciale.

Le diagnostic différentiel peut encore se faire avec certaines formes de cancer de l'ombilic, à la période de début. A ce moment, le néoplasme ordinairement secondaire à un cancer péritonéal se montrera sous l'aspect d'un placard ulcéré suintant. Le doute ne restera pas longtemps dans l'esprit du chirurgien, car la tumeur ne tardera pas à prendre un aspect caractéristique, c'est-à-dire celui d'un champignon d'aspect marronné, végétant, rouge saignant.

Mais ce qui nous donnera le plus souvent des fistules ombilicales, ressemblant parfois beaucoup aux fistules cholécysto-cutanées, ce sont celles qui résultent de l'évolution d'un ulcère de l'estomac, ou même, mais plus rarement, d'un cancer de cet organe. Le mécanisme de production en est le même, c'est-à-dire est dû à l'intercommunication d'abcès minimes au sein d'un plastron de périgastrite. Là, le diagnostic sera fait ordinairement par les commémoratifs : dyspepsie hyperchlorhydrique symptômes d'ulcus, par la nature de l'écoulement : suc gastrique, pus, par l'aspect de la peau de la zone péri-

fistulaire qui sera irritée par l'écoulement continuel du liquide gastrique et sera rouge, enflammée, douloureuse, avec de longs sillons ulcérés. Mais parfois, quand l'orifice interne du trajet se trouve haut situé dans la paroi gastrique, l'écoulement est très restreint et uniquement purulent. Dans ces cas le diagnostic présentera des difficultés plus considérables.

En résumé, on voit, par cette revue rapide des différentes affections productrices de fistules ombilicales, que le diagnostic d'origine des fistules vésiculaires sera dans la majorité des cas d'une grande facilité par l'étude attentive chez le malade des antécédents, des caractères de la tumeur et de l'orifice externe de la fistule, enfin de la nature de l'écoulement.

TRAITEMENT

Décrire le traitement des fistules ombilicales, c'est, en beaucoup de points, décrire celui des fistules cholécysto-cutanées en général. La localisation du trajet fistuleux à l'ombilic n'apportera guère d'indications particulières, ni de modes de traitements spéciaux. Ce n'est que lorsque l'on interviendra par une cholécystectomie, opération de choix, comme on le verra par la suite, que la technique deviendra spéciale et méritera par là d'être décrite longuement.

Le traitement des fistules cutanées vésiculaires d'origine lithiasique varie suivant les époques ; à mesure que la chirurgie biliaire devint plus hardie et plus interventionniste, les auteurs traitèrent d'une façon plus énergique et plus hautement chirurgicale les fistules biliaires. C'est ainsi que l'on voit des cas identiques au point de vue clinique et anatomo-pathologique traités, les uns, il y a trente ans, par l'abstention systématique ou la simple dilatation du trajet suivie de l'extraction des calculs, les autres, récents, par la cholécystectomie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule ombilicale, dont le diagnostic d'origine et de nature est fermement posé, que devons-nous faire ? Nous avons comme moyens thérapeutiques toute une échelle de traitements que nous étudierons et dont nous discuterons

la très inégale valeur, terminant cette énumération par l'exposition détaillée des indications et de la technique opératoire de l'opération idéale, c'est-à-dire la cholécystectomie sous-séreuse précédée d'un temps opératoire spécial d'omphalectomie.

D'abord, il y a lieu de se demander si l'on ne peut pas épargner au malade toute intervention. Dans quelques cas, l'apparition d'une fistule est un mode de guérison défectueux et très long, mais spontané, d'une lithiasse infectée. Ce sont les cas où les voies principales ne sont pas obstruées, où les phénomènes infectieux sont absents. On peut donc attendre parfois la fermeture spontanée de la fistule. Mais il faut se rappeler que les cas favorables de guérison sont très rares, que l'oblitération de la fistule ainsi produite est suivie le plus souvent de récidives.

Des auteurs peu interventionnistes ont conseillé et préconisé un certain nombre de manœuvres opératoires n'attaquant que le trajet fistuleux, sans atteindre le point de départ et la cause de l'infection, c'est-à-dire la poche vésiculaire. Barth et Bernier recommandent de pratiquer la dilatation du trajet avec des tiges de laminaires ou des dilateurs. Dès qu'elle est suffisante on recherche les calculs par le cathéterisme ; on pratiquera ces manœuvres avec les plus grandes précautions. Tous les auteurs citent en effet le cas de Robert où la simple introduction d'une pince dans la fistule pour l'exploration déterminait une péritonite mortelle. On tâchera d'extraire les calculs avec une curette ou des pinces. Ce procédé, incomplet et dangereux, presque toujours insuffisant, est à rejeter.

Il en est de même du procédé qui consiste à inciser et à débrider au bistouri tout le trajet fistuleux.

Dans certains cas, quand l'exploration n'a pas été positive au point de vue de la présence de calculs biliaires, on a conseillé de fermer le trajet fistuleux. Mais là encore, la thérapeutique est d'une simplicité illusoire et insuffisante dans la presque totalité des cas, car l'on ne peut être sûr du libre passage de la bile dans les voies biliaires sous-jacentes.

Donc, de ces différents « petits moyens », il ne reste absolument rien ; leur inefficacité est incontestable dans la presque totalité des cas. Et lorsque après eux la fistule se ferme, il n'est rien qui ne puisse empêcher de penser qu'elle aurait pu se fermer spontanément, comme dans ces cas dont nous avons parlé plus haut, où la fistule devient le mode de guérison de la lithias infectée.

Par ces procédés, en effet, on ne s'attaque pas à la place forte de l'infection qui est la vésicule biliaire. La chirurgie biliaire devenant par suite de ses progrès plus hardie, on se portera directement sur la vésicule. Certains chirurgiens se bornèrent à l'ouvrir par une large incision, à enlever les calculs qu'elle contenait, à extraire ceux qui obstruaient le cystique, à pratiquer un drainage, ils attendirent ensuite la fermeture spontanée de la fistule. Dans un certain nombre de cas l'intervention fut suivie de succès. Tout récemment encore M. le docteur Jaboulay en a fait présenter un exemple à la Société des Sciences médicales de Lyon par MM. Pinatelle et Horand.

Pourtant les partisans de la cholécystostomie dans le cas des fistules spontanées d'origine vésiculaire devien-

nent de plus en plus rares. Les indications de cette intervention se restreignent à des cas bien particuliers, entre autres les suivants : l'existence d'un phlegmon étendu, car il y alors grand danger d'ouvrir pour extirper la vésicule le paquet d'adhérences qui isole le pus, la présence d'un état général très grave, car le malade supportera mieux l'abouchement de la vésicule à la paroi, opération relativement simple et rapide. Dans ces deux cas cités, quand l'état local du premier et l'état général du second se seront améliorés, il sera indiqué de réintervenir pour faire l'ablation secondaire de la vésicule.

Donc, primitive ou secondaire, la cholécystectomie nous semble l'intervention de choix dans les cas qui nous occupent. Car elle a l'avantage, non seulement de permettre l'extraction de tous les calculs formés dans l'arbre biliaire, mais encore d'enlever les parois de la vésicule et les tissus néoformés qui l'entourent. C'est ainsi que les chances de récurrence de l'infection seront enlevées. On sait en effet, par l'observation clinique et par l'étude bactériologique et anatomo-pathologique de ces infections localisées, que les parois infectées de la poche vésiculaire et les formations inflammatoires du péritoine voisin sont les repaires de l'agent infectieux qui, plus tard, sous des influences variées, reprendra une recrudescence de virulence et reproduira les mêmes accidents. Ce sont les conclusions que MM. Villard et Nové-Josserand donnent en terminant un article sur le drainage et l'ablation de la vésicule ; ils admettent, après avoir défendu la valeur de la cholécystostomie dans certaines formes de lithiase vésiculaire que la cho-

lécystectomie, dans le traitement de la lithiase, doit être réservée aux vésicules fermées et « à celles dont les parois épaissies et enflammées sont une cause d'irritation permanente du péritoine et des organes voisins ».

L'extirpation de la vésicule étant considérée comme nécessaire pour obtenir la guérison des fistules cholécysto-cutanées, quel procédé opératoire sera-t-il le plus logique d'employer? La cholécystectomie sera rendue en effet le plus souvent très difficile par suite des adhérences qui enveloppent en une masse plus ou moins compacte la vésicule, et qui unissent celle-ci avec les organes voisins, le duodénum, le côlon, l'estomac. Il y aura lieu d'utiliser la méthode que M. le docteur Poncet créa dans des cas du même genre pour la cure de l'appendicite, c'est-à-dire l'appendicectomie sous-séreuse. On fera de même la cholécystectomie sous-séreuse dont les grands avantages ont été mis en relief par M. Tixier dans la thèse de Buffé (1907).

Pour les cas qui nous occupent, ce procédé doit être préféré, parce qu'il est le seul qui nous permettra d'effectuer le dégagement méthodique de la vésicule, en allant chercher délibérément vers le fond de celle-ci un plan de clivage qui amènera la séparation de la vésicule d'avec le foie.

Donc, devant une fistule cholécysto-cutanée en général, nous pratiquerons l'intervention de cholécystectomie sous-séreuse. Décrivons maintenant ce qu'apportera de particulier dans la technique opératoire la localisation spéciale de la fistule à l'anneau ombilical. Nous suivrons l'intervention pas à pas, décrivant les différents temps opératoires successifs.

Premier temps. — Ce premier temps peut être appelé *temps d'omphalectomie*. On pratique en effet autour de l'ombilic une incision circonférentielle qui divisera successivement la peau, l'aponévrose, le péritoine. Ensuite, on suture en bourse les bords de l'orifice pratiqué au-devant de la fistule, de façon à éviter l'écoulement du pus. On met une mèche au niveau du péritoine, vers le trajet de la fistule. On fait rentrer à l'intérieur de l'abdomen l'ombilic ainsi incisé et suturé. On refait enfin par des plans de suture la paroi abdominale ouverte.

Deuxième temps. — Ceci fait, l'opérateur se porte du côté de la vésicule et commencera l'intervention de la cholécystectomie. Pour cela il tracera l'incision de Mayo-Robson. Rappelons que cette incision, qui doit être préférée à toute autre dans ces cas, parce qu'elle donne le plus de jour sur toutes les voies biliaires, suit le bord externe du muscle droit, puis, arrivée au niveau de la cage thoracique, devient oblique et suit le rebord des fausses côtes. L'incision comprendra en profondeur les différents plans de la paroi; la séreuse péritonéale sera ouverte et les lèvres de celle-ci seront repérées avec des pinces.

Dès l'ouverture du péritoine, on se trouve en face de la région opératoire et la ligne de conduite variera quelque peu suivant les circonstances, c'est-à-dire suivant les lésions constatées, l'étendue et la forme des adhérences, le déplacement, les dimensions et les modifications inflammatoires de la vésicule biliaire. Ordinairement, dans les cas de cholécystites fistulisées à l'ombilic, la vésicule sera facilement perceptible, dépassant à cause

de son hypertrophie et de sa déviation le rebord antérieur du foie, mais elle sera englobée dans un paquet d'adhérences, et sera étroitement unie aux viscères voisins.

Le premier soin est de garnir le champ opératoire, d'isoler la cavité péritonéale par des compresses stérilisées.

Puis on se mettra en devoir de procéder au basculement du foie, qui extériorisera celui-ci; cette manœuvre facilitera beaucoup la décortication de la vésicule et l'exploration des voies biliaires. Mais elle sera le plus souvent empêchée par le tiraillement des adhérences; celles-ci devront donc au préalable être sectionnées.

La luxation du foie une fois établie et maintenue par un aide, la libération de la vésicule commence. On pratiquera une incision sur les parois de la vésicule qui n'intéressera que l'épaisseur du péritoine. Cette incision partira du col vésiculaire et remontera presque au niveau du tiers moyen du corps. On ira décoller avec les doigts ou avec l'extrémité mousse de ciseaux courbes les deux lambeaux hépatiques, et, de cette façon, on libérera successivement le corps de la vésicule, son col, puis son pédicule cystique.

Cette décortication sera parfois très facile; d'autres fois des adhérences entre la séreuse et la musculaire seront si intimes que tout clivage sera impossible, et sous l'influence des manœuvres précédentes la vésicule pourra se rompre.

On procédera ensuite au décollement de la vésicule de la fossette cystique, puis à son ouverture et au videment de son contenu sur un lit de compresses.

L'exploration digitale ou le cathétérisme seront faits minutieusement, de façon à s'assurer de la perméabilité parfaite des voies biliaires jusqu'au duodénum.

Troisième temps. — Il ne reste plus qu'à sectionner le cystique. La ligature sera faite par du catgut ou du tendon de renne. On liera séparément l'artère cystique. Un drain sera mis au niveau du moignon cystique, une mèche au-dessous de la fossette cystique.

L'opération se terminera par la suture de la séreuse, par un surjet, par la fermeture partielle de l'abdomen.

Suites opératoires. — On enlèvera la mèche du sixième au dixième jour. Le drain sera laissé en place jusqu'à ce que la bile soit tout à fait claire et qu'il n'y ait plus de température. Au bout d'une huitaine de jours, on recommandera au malade de prendre des aliments toutes les trois heures (cure alimentaire des fistules biliaires).

En résumé, la grande particularité de l'intervention de la cholécystectomie, pratiquée dans les cas de cholécystite calculeuse fistulisée à l'ombilic, sera la présence d'un premier temps préalable d'omphalectomie. Le reste de l'intervention ne présente rien de spécial, c'est la cholécystectomie sous-séreuse, classique, telle qu'elle ont décrite et pratiquée M. le Professeur Poncet et M. Tixier. (Thèse de Buffé).

OBSERVATION

(PATEL et COTTE. — *Revue de Chirurgie*, juin 1910.)

M^{me} A. P., 37 ans, entre dans le service de M. le professeur Poncet, le 15 mars 1910, pour une fistule ombilicale d'origine biliaire. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Aucune maladie dans l'enfance ou l'adolescence. Mariée à 20 ans, elle a eu trois enfants. Ses grossesses ou ses accouchements n'ont donné lieu à aucun incident pathologique; par contre, c'est au cours de l'allaitement de ses deux derniers enfants que sont apparues les premières crises hépatiques.

La première crise de coliques remonte à onze ans. Au cours de son nourrisage la malade fut prise, pendant une nuit, d'une violente douleur au côté qui cessa spontanément. Elle n'eut ni vomissements, ni jaunisse. La crise ne dura d'ailleurs que quelques heures et le lendemain la malade put reprendre son travail. Pendant les trois années qui suivirent, elle ne se plaignit d'aucun trouble.

La deuxième crise date de huit ans. Elle apparut également au cours d'un allaitement et fut en tout semblable à la première; elle ne laissa aucune trace.

Au mois de mai de l'an passé, une nuit, à l'occasion d'une nouvelle crise, la malade eut pour la première fois des vomissements. Mais malgré cela, le lendemain, à son réveil, elle retourna à ses occupations. Elle avait seulement un peu de lassitude, mais elle ne remarqua rien autre d'anormal.

Au mois de décembre, enfin, elle eut une crise qui fut accompagnée pendant deux jours d'un état de nausées et de vomissements. Elle dit avoir eu certainement de la fièvre, mais sa température n'a jamais été prise. Son médecin constata à ce moment, sous les fausses côtes, l'existence d'une tumeur qu'elle percevait très bien elle-même. Au bout de onze jours, les dou-

leurs ayant disparu, elle commença à se lever et reprit bientôt son travail. Elle n'avait pas eu d'ictère et il ne lui restait de sa crise qu'une tuméfaction indolore au côté.

Un mois environ après le début de cette crise, la malade vit suinter au niveau de l'ombilic une légère quantité d'un liquide épais et jaunâtre. Elle ne souffrait pas du tout. Aussi, elle fit une heure à pied pour consulter son médecin. Mais, sous l'influence de la marche, la collection se mit à se vider en grande abondance : elle donna issue à une grande quantité de pus et de bile et de pus intimément mélangés. Elle dit n'avoir vu sortir aucun calcul. Dès le lendemain, le liquide s'écoula dans une proportion beaucoup plus restreinte, mais surtout à partir de ce moment, il ne fut jamais teinté de bile. Il resta purulent pendant quelque temps, puis bientôt il devint complètement muqueux et incolore.

La persistance de cet écoulement amène la malade à l'hôpital, où nous relevons les particularités suivantes : En dépliant l'ombilic, on reconnaît au fond de cette dépression l'existence d'une fistule minime d'où la pression fait sourdre un liquide muco-purulent. Les bords rosés, en sont légèrement surélevés et offrent l'aspect d'un granulome inflammatoire.

Les téguments de la région ne présentent aucune trace d'inflammation. La peau a une coloration normale ; les téguments ne sont pas infiltrés ni œdématisés. Par contre, la palpation traduit l'existence, au-dessous des parois, d'une tuméfaction du volume du poing environ, obliquement dirigée de dedans en dehors et de bas en haut, remontant dans la direction de la vésicule, avec laquelle elle se confond. Cette tumeur est dure, non douloureuse à la pression. On ne sent aucun calcul à son intérieur. L'exploration des autres organes est complètement négative. L'état général est bien conservé. La malade dit avoir sensiblement maigri, mais elle n'est pas cachectique. La température à l'entrée est de 37°8.

L'écoulement d'une certaine quantité de bile au moment où cette collection s'était ouverte à l'extérieur et les caractères muqueux du liquide qui s'échappait actuellement par l'ombilic

permettaient d'affirmer l'origine vésiculaire de la fistule, et bien qu'il ne soit jamais sorti aucun calcul par cette fistule anormale, en raison des antécédents hépatiques de la malade, on fit le diagnostic de cholécystite calculueuse fistulisée à l'ombilic.

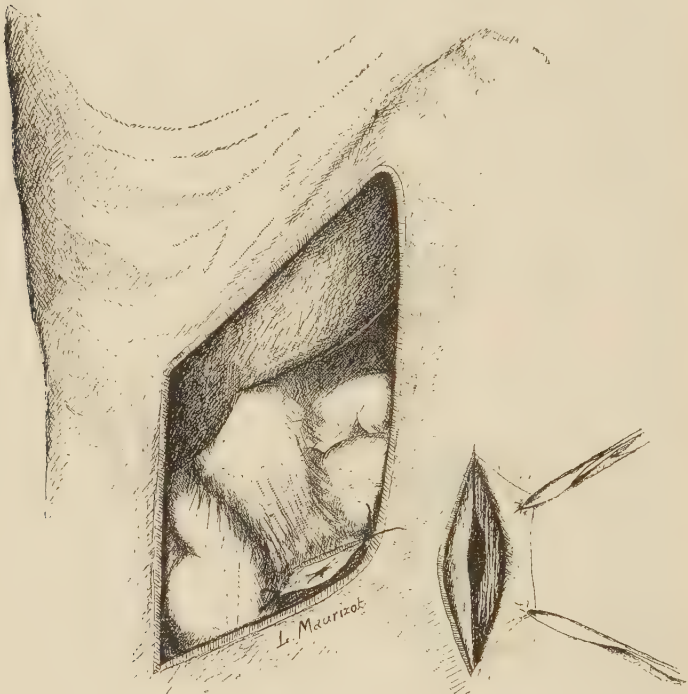


FIG. 1. — Par une incision médiane, on a libéré l'anneau ombilical, dont les lèvres cutanées ont été suturées en bourse. (L'enfouissement de l'ombilic n'a pas été représenté sur le dessin pour rendre celui-ci plus facile à comprendre). Aspect de la région vésiculaire après incision coudée de Mayo Robson.

Une intervention s'imposait pour mettre fin aux accidents : elle fut pratiquée le 18 mars 1910.

Après anesthésie à l'éther, on fait d'abord une incision circonférentielle autour de l'ombilic, et on suture en bourse les bords de cet orifice au-devant de l'orifice fistuleux, de façon à éviter l'écoulement du liquide septique pendant le cours de l'opération.

Après avoir libéré jusqu'au niveau du péritoine le trajet de la fistule, on met une mèche à ce niveau et on se porte sur la région vésiculaire où l'on fait une grande incision de Mayo Robson (incision longitudinale sur les bords du muscle droit et incision oblique suivant le rebord des fausses côtes).

Le péritoine ouvert on voit que la vésicule dépasse notablement le bord antérieur du foie, mais elle est englobée dans un paquet d'adhérences qui l'unissent à l'estomac et au côlon et qui empêchent tout d'abord de l'aborder.

Les adhérences qui unissent le fond de la vésicule à l'ombilic empêchent d'extérioriser le foie ; on commence donc à libérer le trajet. Le temps préliminaire effectué au niveau de l'ombilic facilite d'ailleurs cette manœuvre, et, après avoir rompu quelques adhérences à la paroi abdominale antérieure, on arrive à rendre le foie tout à fait indépendant. Un aide placé alors à gauche de l'opérateur, saisissant la glande hépatique à droite et à gauche de la vésicule, fait basculer l'organe sur le rebord costal. Dans ces manœuvres, le pylore et le côlon adhérents à la vésicule sont entraînés hors du ventre.

Avant d'aller plus loin on protège toute la cavité péritonéale avec des compresses et on commence la libération de la vésicule.

Les lésions se présentent à ce moment sous l'aspect représenté dans la figure ci-contre que nous devons à M. Maurizot, externe du service, qui assistait à l'opération. Sur le fond de la vésicule complètement libre de ses attaches avec la paroi abdominale on voit l'insertion du trajet fistuleux qui allait à la région ombilicale. Par contre, sur sa face inférieure, et sur son bord gauche, le côlon et l'estomac adhérents rendent l'abord du col de la vésicule et du cystique complètement impossible.

A la limite de cette zone d'adhérence, on incise donc la paroi de la vésicule de façon à trouver le plan de clivage de sa séreuse et de sa fibro-muscleuse pour refouler en masse les organes adhérents.

Au cours de ces manœuvres, une déhiscence se produit, laissant échapper de nombreux petits calculs et un liquide séro-purulent. Après quelques tâtonnements cependant, on arrive néanmoins à

libérer complètement la vésicule. Le cystique est ainsi bientôt mis à découvert. On met une pince à ce niveau. On lie l'artère cystique et on enlève la vésicule en sectionnant d'abord le cystique, suivant la technique de Moynihan, déjà décrite par l'un de nous (*Lyon chirurgical*, 1908, t. I, n° 1).

Le reste de l'intervention ne présente aucune particularité. Après avoir reconnu l'absence de calculs dans les voies principales, on met un drain au niveau du moignon cystique, on tasse une mèche

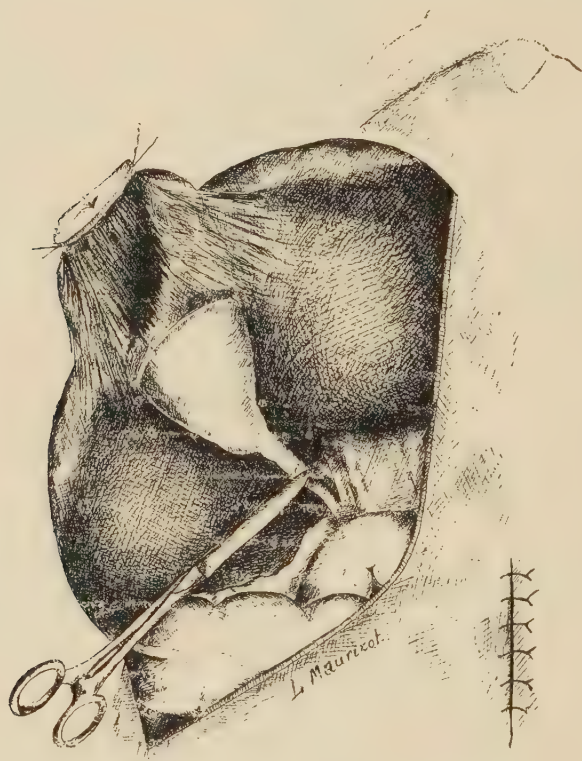


FIG. 2. — Les adhérences à la paroi abdominale antérieure ayant été rompues, on extériorise tout le foie. En essayant de cliver le péritoine sur la face inférieure de la vésicule, il se produit une déchirure qui laisse écouler une bile trouble et des calculs. Plus bas cependant le clivage s'obtient assez facilement. Au moment où l'on va sectionner le cystique, l'extériorisation du foie est complète. Le duodénum et le colon sont revenus à leur place.

au-dessous de la fossette cystique, puis on referme en grande partie la paroi abdominale.

Les suites de l'intervention ont été tout à fait simples. Dès le lendemain le pansement renferme une grande quantité de bile.

Le quatrième jour on retire la mèche qu'on avait laissée en place. Le huitième jour on diminue l'importance du drain ; l'écoulement de bile est toujours assez abondant.

A ce moment, la malade ayant repris un bon appétit et digérant très bien ce qu'elle prend, on commence la cure alimentaire de sa fistule en lui donnant des aliments toutes les trois heures. A partir du lendemain la quantité de bile qui s'écoule à l'extérieur devient tout à fait insignifiante.

On peut maintenant ne faire les pansements que tous les trois ou quatre jours, car ils ne renferment à peu près pas de bile. Le 3 avril on enlève complètement le drain. Seul l'orifice de celui-ci n'est pas cicatrisé. La malade commence à se lever.

Elle sort de l'hôpital le 13 avril complètement guérie.

CONCLUSIONS

I. Les fistules cholécysto-cutanées, s'ouvrant à l'ombilic, sont relativement fréquentes. Cela est dû aux déplacements que peut effectuer la vésicule biliaire ombilicale par suite :

- a)* De la faiblesse et de la laxité de ses moyens de suspension ;
- b)* De la distension pathologique de la vésicule ;
- c)* De l'hypertrophie et des déformations du foie ;
- d)* De l'établissement d'adhérences dirigeant le trajet fistuleux vers l'ombilic.

II. Ces fistules peuvent s'établir de deux façons : soit après abcès, soit sans abcès apparent, mais par abcès miliaires intercommuniquants.

III. Le tableau clinique répond en général à ces deux modes de production :

Tantôt, dans le premier cas, l'évolution sera subaiguë, avec des symptômes généraux et locaux à grand fracas.

Tantôt l'évolution sera insidieuse et lente.

IV. Le diagnostic s'établira surtout sur cette triade symptomatique.

- a) Antécédents lithiasiques ;
- b) Nature du liquide écoulé (bile, calculs) ;
- c) Caractères et direction de la tuméfaction sous-hépatique.

V. Le traitement chirurgical sera de préférence la cholécystectomie sous-séreuse. L'orifice fistuleux ombilical sera extirpé par une omphalectomie préliminaire.

Vu :

Le Président de la Thèse,

ET. ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 juin 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÉRARD. — *Lyon médical*, 1903, n° 51.
- BORDES. — Des perforations de la vésicule biliaire calculeuse. Th. Lyon 1906.
- BOUTRY. — Des fistules cutanées de la vésicule biliaire. Th. Lyon, 1902.
- BRICKA. — Des perforations sous-cutanées de la vésicule biliaire. Th. Lyon, 1899.
- BUFFÉ. — Cholécystectomie sous-séreuse. Th. Lyon, 1907.
- CHAUDRON. — Contribution à l'étude des fistules biliaires externes. Th. Paris, 1878.
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. A. Maloine, Paris, 1908. La cholécystectomie sous-séreuse. *Lyon chirurgical*, 1908.
- COURVOISIER. — Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipsick, 1890.
- KNOOP. — Gallensteine im Nabel, Inaug. Diss., Marbourg, 1892.
- LANGENBUCH. — Chirurgie der Leber und der Gallenwege. *Deutsche Chirurgie*, 1897.
- MOSSE. — Accidents de la lithiase biliaire. Th. agrégation, Paris, 1880.
- PATEL. — Un mode de traitement des fistules biliaires externes. *Gazette des hôpitaux*, 1905, n° 121.
- PINANELLE et HORAND. — Fistule spontanée de la vésicule biliaire calculeuse. *Lyon médical*, 1906, II, 383.
- PORGES. — Ein Fall von Gallenstein wanderung. *Wiener klin. Woch.*, 1900, n° 26.
- ROLLESTON. — Diseases of the liver, gall-bladder and bile ducts, Saunders, 1905.
- SCHIESS. — Ueber umbilicale Gallenblasen fisteln und ihre Behandlung. Inaug. Diss. Bâle, 1895.

SCHWARTZ. — Chirurgie du foie, 1901.

TIXIER. — Cholécystectomie sous-séreuse. Société de chirurgie de Lyon,
in Lyon médical, 1902.

TRILLE. — Fistules cutanées d'origine biliaire. Th. Lyon, 1898-99.

VILLAR. — Tumeurs de l'ombilic. Th. Paris, 1886.

VILLARD et Léon NOVÉ-JOSSERAND. — Drainage et ablation de la
vésicule biliaire. *Lyon chirurgical*, 1909.

